MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI

FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE
ENSEIGNEMENT DE LA 5E ANNEE
MODULE D'ENDOCRINOLOGIE

CAS CLINIQUE 9

endocrinologie

Dr .Y.RAHEM Maitre assistant en

Service endocrinologie CHU TIZI OUZOU unité

Relloua

- Un jeune homme de 16 ans est amené en consultation par sa
- mère, qui s'inquiete d'un impubérisme.
- A l'interrogatoire, on ne retrouve pas d'antécédents particuliers sur le plan personnel.
- Sur le plan familial, son père, qui mesure 179 cm, a fait sa
- puberté tardivement vers l'âge de 17 ans.
- Il n'y a pas d'antecedents familiaux d'anosmie ou d'infertilite.
- Il est régulièrement scolarisé en classe de première et c'est un
- bon éléve.
- Il n'a pas de difficultés relationnelles.
- Il fait du sport à l'école et joue également au football dans un
 - club 3 heures/semaine.
- Il n'a aucun signe fonctionnel en dehors de

Examen clinique:

- taille = 157 cm;
- poids = 47 kg;
- stade pubertaire = P0;
- testicules infantiles en place.

L'âge osseux est à 13 ans, adapté à l'â ge statural. Il n'y a pas de troubles visuels.

Un bilan hormonal de débrouillage donne les résultats suivants:

- testostéronémie indétectable;
- dosage de FSH et LH i 2 mUI/L;
- prolactinémie = 5 600 μ g/L (N \ddot{i} 10 μ g/L).

QUESTION N° 1: Quelle est votre hypothèse diagnostique?

Réponse:

Adénome à prolactine, compte tenu des valeurs de prolactine

(diagnostic de certitude si 200 μg/L)

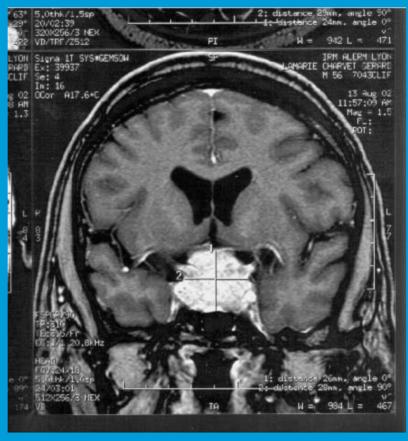
QUESTION N° 2: Si la prolactinémie avait été normale, quelle autre hypothèse auriez-vous envisagée? Sur quels arguments?

Réponse:

- Retard pubertaire simple, devant:
 - fréquence chez le gaçron
 - contexte familial
 - infléchissement statural modéré progressif (absence de cassure de la courbe de croissance)
 - âge osseux compatible avec l'âge statural
 - · absence de troubles visuels
- gonadotrophines basses, éliminant une atteinte primitive
 - gonadique
 - · absence de déficit nutritionnel
- absence de maladie chronique, de troubles psychologiques
- Diagnostic d'élimination après avoir éliminé causes

QUESTION N° 3: Commentez le résultat de l'IRM hypophysaire jointe

Réponse: Macroadénome hypophysaire Expansion suprasellaire Compression chiasmatique



QUESTION N° 4:

Citez deux autres types de tumeurs de la région hypophysaire

fréquentes chez l'enfant et l'adolescent.

Réponse:

- Craniopharyngiome
- Germinome

QUESTION N° 5:

Le bilan hormonal complémentaire retrouve une insuffisance

corticotrope que vous substituez par 15 mg/jour d'hydrocortisone.

La mère s'inquiète des risques de prise de poids.

Que lui répondez-vous?

Quels conseils lui donnez-vous?

Réponse:

Traitement hormonal substitutif (ou opothérapie substitutive):

- indispensable, compte tenu de l'insuffisance corticotrope
- utilisation d'une hormone naturelle et non d'un corticoïde

de synthèse

- prescription reproduisant la physiologie (2/3 dose le matin)
 - absence d'effet secondaire si bien adapté
 - régime normosodé
 - doubler les doses en cas de stress ou d'infection
 - passer aux formes injectables si vomissements

QUESTION N° 6:

L'exploration de l'hormone de croissance retrouve une

stimulation normale de GH sous hypoglycémie insulinique.

Quelle est la cause de la petite taille ?

Réponse:

Retard pubertaire

QUESTION N° 7:

Sous traitement médical, il fait sa puberté normalement.

Quelle était la cause de l'impubérisme?

Réponse:

Inhibition de la libération de GnRH sous l'effet de l'hyperprolactinémie

QUESTION N° 8:

Si le déficit androgénique avait persisté, que lui auriez-vous

proposé comme traitement et que lui auriez-vous dit au sujet de sa fertilité future ?

Réponse:

- Traitement substitutif androgénique
- Fertilité après stimulation de la spermatogenèse (par

hCG/FSH)